COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE ORDINAIRE
DU MARDI 11 SEPTEMBRE 2012

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU 9 OCTOBRE 2012

SOMMAIRE

I. Informations du Président et du vice-président de la CME 6

II. Projet pour le futur Hôtel-Dieu de Paris 8

III. Réorganisation de la génétique à l'AP-HP 12

IV. Télémédecine à l'AP-HP 16

V. Organisation de la CME pour assurer ses compétences en matière de qualité et de sécurité des soins (QSS), de relations avec les usagers et de développement professionnel continu (DPC) 19

VI. Accueil des malades étrangers à l'AP-HP, présentation d'une filière de recrutement avec tarification modifiée 21

VII. Projet de baromètre social AP-HP 25

VIII. Organisation et calendrier de la révision 2013 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) à l'AP-HP 26

IX. Questions diverses 28

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et du vice-président de la CME (Pr Loïc CAPRON, Dr Georges SEBBANE)
2. Projet pour le futur Hôtel-Dieu de Paris (Mme Sophie ALBERT, directrice du projet Hôtel-Dieu)
3. Réorganisation de la génétique à l'AP-HP (Pr Catherine BOILEAU, CME)
4. Télémédecine à l'AP-HP (Dr Agnès CHABOUIS, direction de la politique médicale, et Pr Élisabeth DION, CME)
5. Organisation de la CME pour assurer ses compétences en matière de qualité et de sécurité des soins (QSS), de relations avec les usagers et de développement professionnel continu (DPC) (Pr Loïc CAPRON)
6. Accueil des malades étrangers à l'AP-HP, présentation d'une filière nouvelle de recrutement avec tarification modifiée (Mme Anne-Claude GRITTON, direction des finances, M. Hubert JOSEPH-ANTOINE, direction du service aux patients et de la communication)
7. Projet de baromètre social AP-HP (M. Christian POIMBŒUF, direction des ressources humaines)
8. Organisation et calendrier de la révision 2013 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) à l'AP-HP (M. Jérôme HUBIN et Mme Françoise FOURNIER, direction de la politique médicale)
9. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines pharmaceutiques
- Consultanats 2012-2013

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

  - M. le Pr René ADAM
  - M. le Pr Yves AIGRAIN
  - M. le Dr Jean-Claude ALVAREZ
  - M. le Dr Philippe ARNAUD
  - M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
  - M. le Dr Paul AVILLACH
  - Mme le Dr Isabelle BADELON
  - M. le Pr Thierry BÉGUÉ
  - M. le Dr Guy BENOIT
  - Mme le Pr Catherine BOILEAU
  - Mme le Dr Anne Reine BUISINE
  - M. le Dr Philippe BUSTANY
  - M. le Pr Loïc CAPRON
  - M. le Dr Bruno CARBONNE
  - M. le Pr Jean-Claude CAREL
  - M. le Pr Pierre CARLI
  - M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
  - M. le Pr Gérard CHERON
  - M. le Pr Thierry CHINET
  - Mme le Pr Isabelle CONSTANT
  - M. le Dr Rémy COUDERC
  - Mme le Pr Béatrice CRICKX
  - M. le Dr Nicolas DANTCHEV
  - M. le Dr Patrick DASSIER
  - M. le Dr Cyril DAUZAC
  - Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
  - M. le Pr Marc DELPECH
  - Mme le Pr Elisabeth DION
  - M. le Dr Michel DRU
  - M. le Dr Alain FAYE
  - M. le Dr Jean-Luc GAILLARD
  - M. le Pr Erea Noël GARABÉDIAN
  - Mme le Dr Pascale GAUSSEM
  - Mme le Dr Anne GERVAIS HASENKNOPF
  - Mme le Dr Louise GOUYET
  - M. le Pr Bertrand GUIDET
  - M. le Dr Olivier HENRY
  - M. le Pr Martin HOUSSET
  - M. le Dr Romain JACQ
  - Mme le Dr Anna LAMBERTI TELLARINI
  - M. le Pr Paul LEGMANN
  - Mme le Pr Ariane MALLAT
  - Mme le Dr Martine MARCHAND
  - Mme le Dr Lucile MUSSET
  - M. le Pr Gilles ORLIAGUET
  - M. le Dr Patrick PELLOUX
  - Mme le Dr Julie PELTIER
  - Mme le Dr Valérie PERUT
  - M. le Pr Jean-Claude PETIT
  - Mme Caroline PRADINES
  - M. le Pr Gérard REACH
  - M. le Pr Christian RICHARD
  - M. le Dr Frédéric RILLIARD
  - M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI
  - M le Pr Guy SEBAG
  - M. le Pr Georges SEBBANE
  - M. le Pr Alain SIMON
  - Mme le Dr Annie ROUVEL TALLEC
  - M. le Dr Christophe TRIVALLE
  - M. le Dr Jon Andoni URTIZBEREA
  - Mme le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU
  - M. le Pr Dominique VALEYRE
  - M. le Pr Jean-Philippe WOLF

- ***avec voix consultative :***

  - M. Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
  - Mme Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS
  - M. le Pr Benoit SCHLEMMER
  - M. le Pr Serge UZAN

- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme Mireille FAUGÈRE, directrice générale
  - Mme Monique RICOMES, secrétaire générale
  - M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
  - M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
  - M. Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines
  - Mme Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  - Mme Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation
  - M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
  - M. Jean PINSON, direction de la politique médicale
  - M. Jean-Michel DIEBOLT, direction de la politique médicale
  - M. Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale

- ***membres excusés :***
  - M. le Dr Guy BENOIT, M. le Pr Noël GARABÉDIAN, M. le Pr Bruno GOGLY, M. le Pr Philippe GRENIER, Mme le Dr Corinne GUERIN, M. le Dr Matthieu LAFAURIE, M. le Pr Louis MAMAN, M. le Dr Julien VARENNE, M. Olivier YOUINOU

La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence du Pr CAPRON.

I. Informations du président et du vice-président de la CME

Le président annonce ensuite que le Dr Jallal ASSOUAD, qui était PH de chirurgie, a été nommé PU-PH. Par conséquent, il doit être remplacé au sein de la CME. Le premier suppléant est le Dr Philippe BUSTANY, qui est PH de gynécologie obstétrique à temps partiel, et qui travaille à Bicêtre et Paul Brousse. Sa nomination officielle lui sera rapidement notifiée.

Deux invités permanents disposant d'une voix consultative ont également quitté la CME :

- le doyen Martine AÏACH, représentant des doyens de pharmacie, qui est remplacée par Jean-Michel SCHERRMANN ;

- le doyen Gérard LÉVY, qui est remplacé par le doyen Louis MAMAN.

Le Dr Fabienne LECIEUX a été nommée au poste de coordonnateur de la santé au travail à l'AP-HP. Elle effectuera une présentation de son activité devant la CME, et a été invitée à y siéger comme invitée permanente.

Au sein du Comité de la Recherche en Matière Biomédicale et de Santé Publique (CRMBSP), instance régionale de coordination de la recherche en santé, l'AP-HP a quatre représentants. Le Pr Dominique FRANCO ayant réalisé deux mandats, il est proposé de le remplacer par le Pr Jean-François DHAINAUT.

Le président évoque la question du repos de sécurité des internes, et signale qu'il s'agit d'un enjeu majeur pour l'AP-HP. La commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) s'est penchée sur cette question en lien avec les internes de la CME. La réflexion a été animée par le Pr Bruno CARBONNE. Une présentation sur ce point sera proposée lors de la prochaine réunion de la CME.

Le président interroge ensuite la directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, à propos de la rumeur faisant état d'une « mise sous tutelle » de certains groupes hospitaliers en raison de leurs mauvais résultats financiers au premier semestre de l'année 2012. Il évoque aussi la dévalorisation des cessions immobilières de l'AP-HP et rappelle que la valeur du patrimoine foncier de l'institution est un élément déterminant du maintien de sa capacité d'investissement. Or, une loi pourrait conduire l'AP-HP à céder ses terrains et bâtiments à vil prix, voire gratuitement. D'après le Pr Djillali ANNANE, le ministère de la santé fait tout pour que les hôpitaux, et particulièrement l'AP-HP, soient exclus du champ de la future loi et de ses décrets d'application. Le président demande à la directrice générale quel est son point de vue sur la situation, et si le vote d'une motion par la CME pourrait influer sur les décisions.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, annonce d'abord que M. Philippe SAUVAGE, directeur financier de l'AP-HP, a quitté l'institution, son successeur est Carine CHEVRIER, ancienne directrice générale en charge des affaires financières à Pôle Emploi. Par ailleurs, M. Mario CASTELLAZZI rejoindra l'équipe de direction au poste de directeur des systèmes d'information. La directrice générale évoque ensuite le calendrier de réflexion et d'action annoncé par le Président de la République lors des Journées Sociales du mois de juillet animées par la ministre Marylise LEBRANCHU concernant la rénovation du dialogue social dans la fonction publique. Au cours de ces journées, l'AP-HP était représentée par Mme Monique RICOMES.

L'institution participera aux travaux qui s'ouvriront en début d'année. En outre, la ministre Marisol TOURAINE a proposé le 7 septembre un « Pacte de confiance pour l'hôpital ». L'organisation de groupes de travail et la formulation de propositions a été confié à M. Edouard COUTY. Les thèmes retenus sont les suivants :

- la restauration du service public hospitalier ;
- le dialogue social à l'hôpital ;
- la clarification du fonctionnement et de l'organisation des établissements.

Chaque groupe réunira des représentants des médecins, des soignants et de l'administration, et disposera d'une équipe d'animation composée d'un médecin hospitalier, d'un directeur d'ARS et d'un représentant de l'IGAS. Le groupe « service public hospitalier » sera présidée par Bernadette DEVICTOR, présidente de la Conférence Nationale de Santé ; le représentant des médecins au sein de l'équipe d'animation sera le président de la CME du CHU de Brest, le Pr Bertrand FENOLL.

Le président signale que la liste des médecins animant ces groupes de travail a été dressée sans concertation par la conférence des présidents des CME de CHU. La CME de l'AP-HP n'y a pas été intégrée.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, signale que les groupes de travail n'ont pas encore été constitués. L'AP-HP a formulé des propositions en vue de participer à l'animation d'un certain nombre de groupes ; des équilibres devront être trouvés. Le groupe « dialogue social à l'hôpital » sera présidé par la directrice du Centre National de Gestion (CNG) ; l'équipe d'animation n'a pas encore été constituée. La présidence du troisième groupe a été confiée à la présidente de l'ARS Bourgogne; l'équipe d'animation devrait comprendre le président de la CME de Meurthe-et-Moselle, ainsi qu'un médecin hospitalo-universitaire. Chaque groupe comprendra entre vingt-cinq et trente personnes. La ministre a rappelé que l'hôpital public était au cœur du système de santé. Le travail organisé constitue donc une chance pour l'AP-HP.

En réponse aux questions du président, la directrice générale indique que l'expression « mise sous tutelle » est impropre. En lien avec les directeurs de GH, un point d'étape a été effectué, et le constat d'un certain retard sur l'activité est source d'inquiétude. Par conséquent, pour chaque GH, un système de veille et de plans d'actions a été mis en place pour garantir que les bonnes décisions seront prises dans les prochains mois. Toutefois, alors que des inquiétudes subsistaient sur le recrutement d'infirmières pour l'année 2012, les sorties d'école devraient être convenables, ce qui devrait permettre de réaliser toutes les embauches prévues, et donc de sécuriser la fin d'année. Parallèlement à ces recrutements, une analyse des intérims et des remplacements sera réalisée afin de procéder à des ajustements. Il s'agit donc de faire preuve d'une attention particulière sur certains sujets. Trois GH sont concernés : Robert Debré, Avicenne et Bicêtre.

S'agissant des annonces du gouvernement en matière de politique de logement social, la directrice générale confirme qu'il convient d'être très attentif. Le projet de loi prévoit une mobilisation importante du foncier public. Dans certains cas, l'AP-HP a été désignée parmi les établissements publics concernés par le projet. La loi renverra à des décrets d'application qui traiteront des établissements concernés et des décotes appliquées. En effet, dès lors qu'un élément du patrimoine est cédé, une partie doit être affectée au logement social, ce qui entraîne une décote. Or, dans le cadre du projet de loi, la décote pourrait aller jusqu'à 100 %. Etant donné qu'il est demandé par ailleurs à l'AP-HP de valoriser son patrimoine, il conviendra de faire preuve de vigilance. Une compensation devra être demandée en cas de décote supérieure à la normale.

Le Pr Paul LEGMANN demande qu'un point soit fait en questions diverses sur l'activité de la commission de suivi des pôles mis en place depuis un an.

Le président en prend note. Par ailleurs, il signale que les invitations à la CME dépendent exclusivement de lui, et qu'il est hors de question que les collègues intéressés par l'ordre du jour se sentent libres d'assister à la séance. La même restriction doit s'appliquer aux représentants du siège de l'AP-HP.

II. Projet pour le futur Hôtel-Dieu de Paris

Le président déclare que cette présentation constitue un point d'étape sur le projet. Il ne s'agit pas pour la CME de rendre un avis décisif. Les membres de la CME pourront toutefois partager leurs réflexions. Les urgences de l'Hôtel-Dieu ne sont pas concernées par cette présentation ; leur avenir sera discuté lors de la prochaine réunion de la CME.

Mme Sophie ALBERT rappelle que la philosophie du projet s'appuie sur :

- la volonté partagée par l'AP-HP et l'ARS de favoriser l'accès aux soins en secteur 1 ;
- la volonté de développer la santé publique en veillant à l'articulation de différents acteurs (médicaux et non-médicaux) ;
- la réalisation du plan stratégique 2010-2014, qui prévoyait le transfert de la majorité des services d'hospitalisation conventionnelle de l'Hôtel-Dieu vers Cochin, ce qui libèrera des espaces.

La conduite du projet a vu participer les collectivités locales, l'ARS, les universités, ainsi que les différentes instances centrales et locales de l'AP-HP. Six groupes de travail ont été constitués pour apporter leurs réflexions. En ce qui concerne le portage financier, il a été établi que les travaux seraient financés par la valorisation du siège. Par ailleurs, pour chaque activité nouvelle, il a été convenu qu'il était nécessaire de rechercher un portage financier à l'équilibre. Pour les activités déjà existantes, le projet doit être au minimum neutre, comme cela a été rappelé par la motion votée par la CME.

Le projet proposé comprend quatre blocs :

- une activité de soins, d'enseignement et de recherche en santé publique ;
- un regroupement d'écoles ;
- le siège ;
- le musée.

L'hôpital universitaire de santé publique comprendrait une dimension hospitalière et universitaire, un espace d'information du public. Les activités de soins seraient regroupées dans un espace de consultations, avec un centre de prélèvements et un plateau d'imagerie mis à disposition de l'ensemble des activités de soins installées à l'Hôtel-Dieu. En ce qui concerne la recherche et l'enseignement, le projet consiste à former un réseau fonctionnant autour d'un centre de ressources, d'unités de recherche et d'une activité d'enseignement.

Le centre d'enseignement aux métiers de la santé regrouperait l'école de chirurgie et les écoles d'IADE et d'IBODE. Ce regroupement pourrait permettre de trouver des synergies. L'activité « animaux » de l'école de chirurgie serait installée dans les locaux de l'école vétérinaire de Maisons

Alfort. Seraient développés à l'Hôtel-Dieu la simulation médico-chirurgicale, des ateliers comportementaux, et des partenariats avec le pôle santé publique.

Le transfert du siège devra s'accompagner d'une réflexion sur le projet managérial et sur une organisation spatiale permettant de développer des synergies. Le musée accueillerait en complément d'un espace sur l'histoire un espace d'information, du public sur les métiers et questions de santé.

Du point de vue juridique, le regroupement des écoles, le siège et le musée font déjà partie de l'AP-HP. En revanche, le travail avec les potentiels partenaires de l'hôpital universitaire de santé publique réclame de constituer un regroupement spécifique permettant d'avoir un budget, des modalités de fonctionnement, etc. Sur la base des rapports rendus, la solution juridique qui apparaît comme la plus adaptée consisterait à créer un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Ce GCS pourrait regrouper l'AP-HP, les médecins et radiologues libéraux, les universités, les écoles, la ville de Paris, ainsi que d'autres partenaires externes. Les activités du GCS comprendraient:

- les activités de soins de l'AP-HP ;
- la maison médicale universitaire ;
- la maison de santé des étudiants ;
- l'enseignement et la recherche en santé publique ;
- le centre de vaccination ;
- le centre d'information du public.

Le GCS devant être rattaché à un établissement de santé, trois options sont envisageables. La première consiste à créer un GCS de moyens dont les activités AP-HP seraient rattachées au GH Cochin-Hôtel-Dieu. La deuxième consiste à faire sortir l'Hôtel-Dieu du GH et à l'ériger en un établissement hospitalier qui porterait le GCS de moyens. La troisième consiste à créer un GCS « établissement de santé », qui est une structure assimilée à un établissement hospitalier ; ce GCS serait titulaire des autorisations de soins auxquelles sont rattachées les activités de soins de l'AP-HP.

En ce qui concerne le financement des travaux de l'Hôtel-Dieu, l'apport de l'AP-HP passera par la valorisation du siège. Toutefois, le fait que les sites Victoria et Saint-Martin soient dans des zones déficitaires en logements sociaux signifie que 25 % des surfaces devront être affectées au logement social, ce qui minore de 12,5 % le montant de la vente par rapport à une vente en logements libres. Dans les conditions actuelles, la vente du siège permettrait de financer 45 000 mètres carrés de travaux, alors que le projet représente environ 50 000 mètres carrés. Les partenaires externes pourraient être sollicités pour compléter le financement.

Le projet de transformation de l'Hôtel-Dieu comprend la recherche d'un compte de résultat au minimum neutre pour les finances de l'AP-HP. C'est en ce sens qu'un travail de description des conditions d'équilibre des activités nouvelles a été mené. Des schémas d'organisation de l'activité, ont été mis au point, et il n'est pas exclu d'expérimenter de nouveaux schémas avec la participation de partenaires externes. Certaines activités nouvelles (maison de santé pour les étudiants, développement de la recherche et de l'enseignement public, espace d'information du public) dépendront de ces partenaires externes.

En conclusion, Mme Sophie ALBERT indique que le projet devrait être finalisé avant fin 2012. Les travaux relatifs aux activités de soins pourraient être achevés avant la fin de l'année 2014. L'ensemble du projet pourrait être conclu en fin d'année 2016.

Le président salue la qualité de la présentation, mais fait observer qu'elle est moins ouverte qu'auparavant, et que le projet semble arrêté. Or, il signale qu'aux yeux de la CME, il s'agit à ce stade d'un canevas, et non d'un plan d'action.

Le doyen Serge UZAN demande quel est le calendrier du projet.

Mme Sophie ALBERT indique que le projet médical complet devrait être connu d'ici la fin de l'année. Les concours et mises en concurrence en vue des premiers travaux démarreront en 2013. La médecine étudiante pourra commencer son installation en même temps que les autres activités de soins. En ce qui concerne les écoles, certaines questions doivent encore être traitées, mais le projet général est arrêté. Il reste encore des contraintes administratives, telles que la transformation du PLU (plan local d'urbanisme) et l'obtention du permis de construire. Les travaux de transformation du site pourraient démarrer en 2015 pour se terminer fin 2016.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, précise que la proposition finale sera arrêtée en fin d'année.

Le Dr Anne GERVAIS signale que les 5 000 mètres carrés de travaux non-financés correspondent à 10 % du projet. Le défaut de financement sera donc d'au moins 4 à 5 millions d'euros, et qu'il faut également tenir compte des 25 millions d'euros pesant sur le GH. Elle déclare qu'il n'est pas envisageable que le projet pèse ainsi sur le plan pluriannuel d'investissement, alors que le montant des investissements par GH est déjà très faible.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, assure que la seule contribution financière de l'AP-HP proviendra de la vente du siège. Des partenaires devront donc être trouvés afin de boucler le financement du projet.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE signale que la communauté médicale de l'Hôtel-Dieu se pose de nombreuses questions sur les activités médicales actuelles, et qu'il est important que des décisions soient prises rapidement afin que puissent être mises en œuvre des solutions transitoires. La situation des urgences devra également être traitée rapidement, un problème de qualité des soins commençant à se poser. Par ailleurs, la création d'un GH autonome entraînerait une forte baisse de la motivation du personnel de Cochin. Le Pr Stanislas CHAUSSADE signale ensuite qu'un certain nombre de spécialités (unité de psychiatrie, centre de la douleur, etc.) ne connaissent pas encore leur devenir, celui-ci étant lié à celui du SAU, ce qui génère de l'inquiétude. Enfin, il fait observer que certaines des activités citées par Mme Sophie ALBERT participent au financement de Cochin, et que le retrait de ces activités risquerait d'entraîner une aggravation de son déficit.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, confirme que l'articulation des activités entre l'Hôtel-Dieu et Cochin est déterminante. Par ailleurs, elle rappelle que la nécessité de traiter rapidement la question de l'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu a été maintes fois affirmée. Toutefois, il convient de ne pas agir avant que les dossiers aient été parfaitement instruits. En ce qui concerne le financement, le nouvel Hôtel-Dieu ne devra pas peser sur le reste de l'AP-HP. L'offre de soin de Cochin et de l'Hôtel-Dieu et le bilan économique associé devront faire l'objet d'une description précise. Une grande vigilance sera portée sur ces travaux d'ici la fin de l'année.

Le Dr Patrick PELLOUX déclare qu'il est en désaccord avec la création d'un GCS. De nombreux rapports ont établi que ce type de montage ne bénéficiait jamais à la structure publique. En outre, la présentation mentionne les radiologues de secteur 1, alors que tous les radiologues parisiens sont en secteur 2, et qu'il sera impossible de les faire rejoindre le GCS. Par ailleurs, Cochin manque d'espaces de consultation, et il serait donc pertinent de conserver l'Hôtel-Dieu au sein de l'AP-HP et de destiner ses locaux à la consultation de proximité. Il s'étonne ensuite que la question des

urgences soit occultée à chaque fois, et qu'aucune décision ne soit prise. Sur cette question, les attentes sont très fortes, et la temporisation risque d'aboutir à un conflit social qui compliquera la réussite du projet.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, rappelle que la décision concernant les urgences sera présentée à la CME au mois d'octobre. Elle assure ensuite que l'AP-HP souhaite avancer rapidement sur les sujets importants, et présenter une solution attractive concernant les consultations de secteur 1.

Le Pr Bernard GRANGER estime que, si la forme de la présentation s'est améliorée par rapport à la dernière fois, son contenu reste flou. Il juge que c'est un projet de prestige coûteux et mal défini. Il évoque ensuite le recours à un cabinet de communication en appui à la direction générale pour ce projet, et demande que le coût de cette intervention soit révélé, conformément à l'engagement pris lors de la dernière réunion de la CME. Il demande ensuite où en est le projet de transfert de l'école de chirurgie vers l'Hôtel-Dieu, et s'il répond aux demandes des chirurgiens. Il rappelle que cette école a une renommée internationale et qu'il serait regrettable que son bon fonctionnement soit affecté par le projet. Enfin, le Pr Bernard GRANGER s'inquiète de l'avenir de l'unité psychiatrique actuellement à l'Hôtel-Dieu.

Mme Sophie ALBERT signale que ce cabinet de communication choisi sur appel d'offres travaille avec l'AP-HP depuis 2009, et qu'il était naturel de faire appel à lui dans le cadre de ce projet. Le recours à ses services s'est étalé sur une période de six mois, pour un montant de 60 000 euros..

S'agissant de l'école de chirurgie, Mme Sophie ALBERT indique que les seules questions qui se posent portent sur le coût des travaux de la prise en charge des sujets anatomiques. L'une des hypothèses étudiées consiste à placer les 180 cadavres utilisés annuellement par l'école de chirurgie rue des Saints-Pères, dans des conditions de conservation convenant aux chirurgiens. En effet, le coût de leur placement à l'Hôtel-Dieu serait élevé. Toutefois, la décision n'a pas été arrêtée. Mme Sophie ALBERT signale par ailleurs que l'école de chirurgie n'est actuellement pas aux normes, et que le coût des travaux qui seraient nécessaires pour une mise aux normes pourrait s'élever à 5 millions d'euros.

M. Michel FOURNIER signale que les questions touchant à l'unité psychiatrique de l'Hôtel-Dieu ne font pas l'objet d'un consensus au sein de la spécialité concernée dans le GH. Plusieurs difficultés se présentent. Premièrement, il existe un problème d'organisation générale qui n'est pas directement liée à la situation de l'Hôtel-Dieu et de Cochin. Deuxièmement, il existe une difficulté liée à la capacité à repérer la propension au suicide des sujets consultés par des psychiatres à partir du flux des urgences : le temps moyen réglementaire d'examen dans les structures post-SAU est actuellement insuffisant, et la conception de centres lourds en psychiatrie a donc été proposée par la collégiale. Troisièmement, le taux de recours aux psychiatres du SAU de l'Hôtel-Dieu est parmi la moyenne haute de l'AP-HP. Enfin, le recours aux psychiatres pour les UMJ-CUSCO devra également être traité en lien avec le problème des urgences.

Le président indique qu'il rencontrera le Dr Nicolas DANTCHEV à ce sujet dans les jours qui viennent.

Le Pr Béatrice CRICKX signale que la communauté médicale s'inquiète de la possibilité que ce projet puisse constituer un frein à l'amélioration du patrimoine de certains hôpitaux, qui sont en attente de travaux depuis des années. La menace sur la valorisation du foncier est susceptible de renforcer cette inquiétude.

Le Dr Alain FAYE estime qu'il est important, pour pouvoir discuter d'un tel projet, de connaître l'ensemble des projets existants, et déclare qu'il n'est pas possible de se prononcer sur la base d'informations fragmentaires. En outre, bien que le projet de l'Hôtel-Dieu soit autofinancé, le Dr Alain FAYE signale que le financement pourrait être affecté à d'autres projets, notamment en gériatrie. En ce qui concerne l'école de chirurgie, il rappelle que la CME s'est déclarée en faveur du maintien de l'ensemble des activités sur un même site, y compris celles touchant aux sujets anatomiques, et s'étonne qu'une question de surcoût soit avancée pour justifier que les cadavres ne soient pas amenés à l'Hôtel-Dieu. L'école de chirurgie est la seule école professionnelle de hautes études pratiques pour les chirurgiens ; ils seront donc particulièrement vigilants.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, assure que la position de la CME sur le sujet est bien prise en compte. Toutefois, comme pour chaque aspect du projet, il convient de présenter à la CME l'ensemble des éléments (coûts, investissements, exploitation, choix stratégiques). S'agissant des investissements à réaliser à l'AP-HP, la directrice générale rappelle que le projet du nouvel Hôtel-Dieu est le seul projet qui pourra bénéficier d'un financement passant par la vente du siège. Le siège ne sera pas vendu pour financer un autre projet.

Le Pr Thierry BÉGUÉ répète que les chirurgiens souhaitent que l'unicité de l'école de chirurgie soit conservée. Si le transfert des gros animaux a été accepté, il est préoccupant de constater que la présentation effectuée ne fait pas de distinction entre petits et gros animaux. Par ailleurs, le Pr Thierry BÉGUÉ signale que la question financière est constamment ressassée, alors que le problème qui se pose est lié à une pratique non conforme aux usages. En effet, l'école de chirurgie est actuellement intégrée au sein de l'AGEPS, ce qui ne permet pas de facturer correctement aux partenaires extérieurs les prestations fournies ou la mise à disposition de locaux. De telles prestations pourraient générer des recettes supplémentaires susceptibles d'améliorer le bilan, et il est incompréhensible qu'une telle piste n'ait pas été étudiée.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, prend note de cette remarque, et assure qu'elle sera intégrée à l'analyse.

III. Réorganisation de la génétique à l'AP-HP

Le Pr Catherine BOILEAU indique que cette présentation s'inscrit dans un contexte de rupture technologique et de révolution de la génomique, qui ont un impact tant en recherche qu'en diagnostic. La DPM a anticipé cette révolution en mettant en place un groupe de travail pour définir le niveau de regroupement supra GH des activités et des compétences.

La génétique est une disciplie définie comme supra-GH (Plan stratégique). C'est une spécialité médicale récente, qui comprend un versant clinique et un versant biologique. Elle collabore avec les autres spécialités médicales : historiquement avec la pédiatrie et la gynécologie obstétrique, mais maintenant avec toutes es spécialités médicales. Cette spécialité fait l'objet d'un encadrement réglementaire strict, tant en matière d'autorisations que de financements.

La génétique a fait l'objet d'une structuration nationale dans le cadre du Plan National Maladies Rares 1 (PNMR 1), qui a conduit à la mise en place de 131 Centres Nationaux de Référence Maladies Rares (CNRMR). Ces centres ont mis fin à l'errance diagnostique à laquelle étaient confrontés les malades. Par ailleurs, 40 laboratoires ont été reconnus aptes et autorisés à réaliser des diagnostics génétiques approfondis. Toutes les structures de diagnostic approfondi sont adossées à des structures de recherche.

Dans le cadre du PNMR1, l'AP-HP s'est vu confier un rôle majeur, puisqu'elle comprend 58 % des CNRMR. En outre, 7 sites de l'AP-HP disposent d'un laboratoire de cytogénétique, et 14 sites

disposent d'un laboratoire de génétique moléculaire réalisant des diagnostics approfondis. Ces laboratoires réalisent 50 % de l'activité nationale. Toutefois, l'activité est confrontée à des retards architecturaux et d'équipement. Le Pr Catherine BOILEAU présente ensuite la carte des laboratoires de diagnostic génétique.

La discipline est pénalisée par les cotations de la CNAMTS, car elle est peu valorisée. Si elle bénéficie d'une forte reconnaissance académique, elle souffre d'un retard démographique et de devoir faire appel à de nouveaux métiers non reconnus, comme celui de conseiller en génétique. Enfin, elle est confrontée à un retard de mise à niveau des équipements, alors que l'on assiste à l'explosion des connaissances et des techniques.

Dans le contexte du plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014, la génétique s'est vu désignée comme une discipline supra-GH, et il a été recommandé de procéder à un regroupement de l'activité. Parallèlement, le PNMR 2 (2011-2014) a vu le jour et préconise aussi le regroupement en plateformes de diagnostic approfondi.

En cytogénétique, la rupture technologique provient de l'hybridation génomique comparée. Dans ce domaine, l'AP-HP réalise 30 % de l'activité nationale. En génétique moléculaire, la rupture technologique provient du développement du séquençage de deuxième génération qui démultiplie les capacités de diagnostic. Cette évolution technologique entraîne :

- une explosion du spectre des indications et des réponses possibles aux besoins cliniques ;
- une extension des besoins en généticiens ;
- un nouveau besoin en biostatisticiens.

Toutefois, le modèle économique des nouvelles méthodes n'est pas stabilisé.

Les praticiens de la discipline en accord avec le Plan Stratégiques et les préconisations du PNMR2 sont volontaires pour se regrouper. Parallèlement, et compte tenu de la pénurie en investissements, la dotation du PNMR 2 a constitué une opportunité intéressante, puisqu'elle a permis d'obtenir 2,5 millions d'euros en 2011 et 2012 pour équiper l'AP-HP en séquenceurs de nouvelle génération.

Dans ce contexte, le groupe de travail de travail réuni par la DPM a formulé les recommandations suivantes :

- L'AP-HP doit se donner les moyens de rester compétitive dans un secteur qui sera de plus en plus concurrentiel.

- Les regroupements des biologistes spécialisés sur un nombre limité de sites doivent être encouragés.

- Les projets médicaux doivent constituer le moteur principal des regroupements.

- La plus grande attention doit être portée au périmètre universitaire lorsque des regroupements se font entre sites qui sont en convention avec des universités différentes.

- Le partage des plates-formes de génomique entre génétique et oncogénétique doit être facilité.

- La logistique informatique (serveurs, bases de données, logiciels, réseau) doit être mise à niveau dans les meilleurs délais.

- Une attention particulière doit être portée aux nouveaux métiers indispensables à la maîtrise de la médecine génomique (bio- informaticiens et biostatisticiens).

La collégiale de génétique est favorable aux regroupements, mais s'inquiète du retard pris par l'AP-HP par rapport aux autres régions. Elle sollicite un engagement institutionnel avec une stratégie claire et un échéancier.

La position ambigüe du siège face à l'opposition de certains GH pourrait faire échouer les regroupements. Par ailleurs, un financement des transferts est nécessaire, et des solutions doivent être trouvées entre les Doyens lorsque les transferts concernent des personnels universitaires rattachés à des universités différentes. Aujourd'hui, les généticiens ont une position exemplaire et souhaitent réellement que la restructuration se fasse. Un échec entraînerait colère et découragement.

Le Pr Jean-Philippe WOLF déclare que le tableau présenté est extrêmement fidèle à la situation de la discipline. Les regroupements d'équipes sur des plateaux techniques performant est donc une nécessité. D'autant plus qu'il a une baisse prévisible de l'activité de la cytogénétique liée aux évolutions techniques (comme ce fut lors de l'arrêt de la recherche sur la trisomie 21 par le caryotype lors de l'introduction des marqueurs sériques). Il serait déraisonnable de conserver des sites sous équipés dont l'activité diminuera forcément. Le Pr Jean-Philippe WOLF prend donc position en faveur du regroupement. Ces regroupements pourront entrainer des crispations, puisque certains établissements perdront une discipline, mais ils sont cependant nécessaires. Il souligne par ailleurs que l'AP-HP, contrairement aux entreprises privées de biotechnologie a des patients ce qui permet aux équipes de valider les sondes mise au point par exemple et que cela peut être une source de revenue. Enfin elle se doit de prendre en compte ses patients. Il rappelle qu'il est donc essentiel de maintenir la communication entre les laboratoires et les cliniciens et les patients et que cela sera fait par la participation aux staffs et par le biais de consultations in situ auprès des services correspondants. Les consultations locales avec toutes les disciplines seront donc maintenues.

Le Pr Ariane MALLAT indique que la communauté médicale d'Henri Mondor comprend la nécessité de regrouper les plateaux techniques. Toutefois, le GH et la faculté se sont engagés depuis plusieurs années dans un projet de réorganisation et de mutualisation du pôle de biologie et de pathologie reposant sur 4 axes interdépendants incluant la génétique constitutionnelle. Cette restructuration répond à la volonté d'accélérer le développement technologique et l'innovation par la fertilisation croisée entre disciplines, en lien étroit avec les projets universitaires du site. Elle est notamment adossée à l'implémentation début 2013 d'une plateforme Nouvelle Génération de Séquençage (NGS), qui associera l'ensemble des laboratoires du GH et des équipes de recherche INSERM, et qui bénéficie de subventions régionales et nationales en équipements et en travaux à hauteur de 3 millions d'euros. La génétique constitutionnelle constitue l'un des piliers de cette organisation. Le Pr Ariane MALLAT signale que, si le transfert d'activité présenté par le Pr Catherine BOILEAU se faisait sans concertation avec le GH, l'ensemble du projet de biologie serait mis en péril en raison de l'arrêt de la dynamique existante. Elle fait ensuite observer que la génétique est partie intégrante du DHU VIC labellisé en 2011 et des deux projets de DHU qui seront prochainement déposés. Ainsi, si le GH Henri Mondor est ouvert à la discussion, le transfert de ses activités vers Cochin n'apparaît pas pertinent.

Le Pr Catherine BOILEAU signale que la question des transferts d'activités sans substitution est toujours problématique. Elle ajoute qu'un séquenceur de nouvelle génération est un outil, et non une spécialité médicale. Toutes les disciplines biologiques et médicales peuvent faire appel à cet outil ; la spécificité des généticiens réside dans la manière dont ils analysent les données. Le Pr Catherine BOILEAU signale enfin que la DGOS s'assure de la manière dont sont utilisés les fonds qu'elle met à disposition, et qu'il n'est pas question de transférer les crédits fléchés pour l'analyse des maladies monogéniques vers l'analyse des maladies multigéniques.

Le Pr Isabelle CONSTANT évoque la situation de Trousseau, et précise que la génétique clinique y a été restructurée et a été insérée dans le pôle clinique pédiatrique ; à cette occasion, une collaboration est née entre La Pitié-Salpêtrière et Trousseau. Elle fait ensuite observer que, dans un contexte pédiatrique et gynéco-obstétrical marqué par une explosion de la demande, les unités de génétique clinique sont confrontées à un problème d'effectif.

Le Pr Catherine BOILEAU signale que les conseillers en génétique n'ont actuellement pas de statut dans la fonction publique, et que leur rémunération varie en fonction des établissements. Or, ils jouent un rôle important pour répondre à la demande et palier en partie le problème d'effectif.

Le président demande si l'AP-HP a vocation à se lancer dans la génétique à but commercial pour répondre à la demande d'individus souhaitant connaître leur génome. Il demande ensuite où en est l'exécution du plan de réorganisation de la génétique au sein de l'AP-HP, et comment les obstacles seront dépassés.

Le Pr Catherine BOILEAU fait observer qu'il sera bientôt moins coûteux de séquencer un génome complet que de séquencer les gênes les uns après les autres. Cette évolution entrainera des questionnements éthiques relatifs à l'utilisation des données obtenues, mais cela dépasse le cadre de la présentation. S'agissant de la réorganisation, deux transferts ont déjà été réalisés : Le premier mouvement, intra-GH, a été facile, (de Louis Mourier vers Bichat) et le second de Beaujon vers Cochin. Le troisième transfert (Ambroise Paré vers Bichat) et le quatrième (Mondor vers Cochin) font apparaître pour la première fois des discussions entre doyens. Toutefois, les praticiens sont disposés à bouger, car ils sont conscients des enjeux existants. Si les regroupements ne sont pas réalisés, l'AP-HP ne disposera pas de la masse critique nécessaire pour rester concurrentielle tant au plan national qu'international.

Le président relance la discussion en demandant quelle est la position des malades, et si les regroupements dont on discute concerneront uniquement les équipements, ou s'ils comprendront aussi les équipes médicales et leurs patients.

Le Pr Catherine BOILEAU répond que les migrations visent à constituer des plateformes techniques biologiques, et que les CNRMR ne sont pas appelés à bouger. L'objectif des malades est d'obtenir rapidement des résultats de bonne qualité, ce qui nécessite de procéder aux regroupements évoqués. Les associations de malades connaissent tous ces transferts et y sont très favorables.

Le doyen Serge UZAN signale que les doyens ont mis au point un accord de compensation afin d'éviter les politiques de prédation d'individus ou de postes. Le principe consiste à laisser à l'UFR d'où part l'équipe des chances équivalentes de recruter quelqu'un d'autre, sur une même activité ou sur une autre. Les pratiques ne tenant pas compte de l'université de départ doivent être bannies. Par ailleurs, le doyen Serge UZAN prévient que les équipes médicales et les CNRMR pourraient également être transférées à terme, en raison des interactions nécessaires. Il partage sa crainte d'assister à des déstabilisations de l'activité, et suggère d'entamer une réflexion sur la création de plateformes techniques interuniversitaires.

Le Pr Gérard REACH regrette que le mot « éthique » n'ait pas été prononcé. Cependant, l'AP-HP est particulièrement bien armée pour aborder ce sujet grâce à l'espace Ethique qu'elle anime sur le site de Saint-Louis.

Le Pr Marc DELPECH souligne au doyen Serge UZAN qu'il existe depuis l'origine un fort maillage entre les centres cliniques et des laboratoires très spécialisés, et qu'il n'y a donc pas lieu de craindre la migration de centres cliniques. Il indique ensuite que l'objectif du PNMR 2 de créer

entre 20 et 30 plateformes de laboratoires doit être pris en compte dans le cadre des réflexions de l'AP-HP sur la répartition de l'activité.

Le Pr Jean-Philippe WOLF rappelle que le séquençage d'un génome pour convenance personnelle est interdit en France. Par ailleurs, il indique que les équipes de généticiens et cytogénéticiens se regrouperont sur les plateaux techniques, mais que le contact avec les équipes cliniques et les visites auprès des patients se poursuivront.

Le Pr Thierry CHINET soutient les restructurations, mais fait remarquer que la restructuration de l'activité génétique est très centripète, et déclare qu'il partage les inquiétudes du doyen Serge UZAN concernant le regroupement des cliniciens et des plateformes techniques. Enfin, il signale que les modalités du regroupement qui aura lieu en 2013 nécessitent d'être clarifiées rapidement par la DPM.

Le doyen Jean-Luc DUMAS fait observer qu'il existe un problème de projet pour les établissements appelés à perdre une partie de leurs équipes, et qu'il convient de laisser à ces établissements le temps de créer des projets de substitution.

IV. Télémédecine à l'AP-HP

En introduction, **le Dr Agnès CHABOUIS** rappelle la définition de la télémédecine : il s'agit d'un acte médical à distance utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Cette catégorie comprend :

- la téléconsultation ;
- la téléexpertise ;
- la télésurveillance ;
- la téléassistance ;
- la régulation médicale dans le cadre du centre 15.

La réglementation en la matière est de plus en plus contraignante. Pour toute organisation de télémédecine mise en place, une contractualisation avec l'ARS est obligatoire. En outre, des conventions doivent être signées par tous les participants à un réseau de télémédecine. Enfin, des mesures doivent être prises en matière d'identification, de traçabilité, de confidentialité, etc. En ce qui concerne le financement, la télémédecine entre dans la case MIGAC ; la T2A ne comprend pas d'actes propres à la télémédecine. Par conséquent, la direction des finances met en place quand c'est possible, des conventions inter-établissements valorisant les actes de télémédecine réalisés.

Le Dr Agnès CHABOUIS présente ensuite l'exemple du réseau OPHDIAT, dédié au dépistage de la rétinopathie diabétique, créé il y a une dizaine d'années. Les 33 sites de dépistage en Ile-de-France sont situés au plus proche des patients. Au niveau de ces sites, des infirmières et des orthoptistes sont chargés de recevoir les patients, réaliser les photographies et transmettre les données vers un serveur central. Il n'y a donc pas de médecins dédiés au dépistage sur ces sites. Le centre de lecture de données rassemble 9 ophtalmologistes mobilisés à tours de rôle pour lire ces données et réaliser un diagnostic ; les comptes rendus sont ensuite renvoyés vers les centres de dépistage. Cette organisation permet à un ophtalmologiste de traiter 45 dossiers en une demi-journée, contre 12 au maximum dans le cadre de consultations classiques. Ce réseau permet de dépister 15 000 patients par an.

Le Dr Agnès CHABOUIS présente ensuite une liste de réseaux semblables fonctionnant au sein de l'AP-HP. Peu à peu, toutes les spécialités se dotent ou se doteront de réseaux de télémédecine. Les équipes médicales s'organisent notamment pour répondre à des appels à projets, ce qui permet de

financer le matériel. L'ARS est en train de mettre au point un plan régional de télémédecine, qui s'appuiera sur les cinq priorités nationales : la permanence des soins en imagerie, les AVC, la santé des détenus, les Maladies Chroniques et les soins en HAD ou en structure médico-sociale. Parmi les neufs projets retenus par l'ARS dans le cadre d'un appel à projets télémédecine de 2012, trois émanent de l'AP-HP (en radiologie, anatomie pathologique et en gériatrie).

Pour l'AP-HP, la télémédecine constitue un enjeu de planification et d'organisation, qui nécessite de mettre en place une stratégie institutionnelle. Cette stratégie doit permettre :

- d'identifier et soutenir les projets pertinents ;
- de prioriser les projets en fonction des objectifs stratégiques ;
- d'assurer une cohérence avec les projets régionaux ;
- de diffuser la réglementation, les règles de bonnes pratiques, etc.

Le Pr Élisabeth DION présente ensuite le réseau en cours de construction en matière de téléradiologie. Ce projet se base sur les améliorations technologiques qui permettent de transmettre les images de manière fluide. Ces améliorations technologiques nourrissent les réflexions qui sont menées sur des modes alternatifs d'organisation médicale. Une organisation en réseau permettrait de garder des compétences à l'AP-HP, tout en les rendant plus efficientes. Le Pr Elisabeth DION explique ensuite que la mission qui lui a été confiée par la direction générale s'appuie sur la nécessité :

- de recenser et tracer les activités de deuxième avis et d'expertise ;

- de prendre en charge les urgences au mieux des compétences de surspécialité et de la charge de travail ;

- de proposer une interprétation de premier avis pour centres extérieurs ou en interne lorsque nécessaire (en routine, lors de la permanence des soins, ou pour un avis d'expertise) ;

- d'articuler l'offre radiologique avec les besoins cliniques ;

- d'optimiser la formation des internes et des professionnels de santé ;

- de constituer une base de données ouverte pour la recherche et les enquêtes de santé publique.

Ce travail se fait dans un contexte difficile marqué par une concurrence forte du secteur privé et de nombreuses vacances de postes dans les hôpitaux publics.

Le Pr Elisabeth DION indique que les objectifs ont été définis en lien avec la collégiale de radiologie et que le groupe a pu bénéficier de l'expertise de représentants de plusieurs directions du siège (DPM, DAJ, etc.). Ce projet permet de proposer une interprétation directe basée sur une dissociation entre l'acte technique et l'acte intellectuel. A l'AP-HP, ce service pourra être utilisé notamment par :

- les services de gériatrie, où de nombreux radiologues partent en retraite ;
- les unités carcérales ;
- les services d'urgences.

Il permettra également d'optimiser les équipements lourds, et pourra être proposé aux centres de santé, qui manquent souvent de radiologues.

En matière de permanence de soins, le service pourra être proposé tant au sein de l'AP-HP qu'en dehors. Le transfert d'images permet d'éviter un certain nombre de transferts dans les milieux spécialisés, et donc de réaliser d'importantes économies. Le projet consistera à faire travailler une équipe de seniors de surspécialité dans un lieu central matériel ou immatériel. Ce projet sera articulé avec les têtes de ponts de l'ARS, notamment dans les prises en charge chirurgicales, ce qui permettra d'éviter les examens redondants lors de transferts d'un centre à un autre.

Le projet permettra également de valoriser l'expertise de l'AP-HP. Aujourd'hui, une part du temps médical consacré aux relectures d'examens n'est ni recensé, ni comptabilisé. Les hôpitaux et établissements privés pourront bénéficier du service mis en place, ce qui renforcerait la réputation d'excellence de l'AP-HP. En outre, l'activité de recours radiologique pourrait être étendue à un avis médical plus global de dossiers complexes, impliquant les spécialités médicales au mieux des compétences.

Un financement a été obtenu de l'ARS pour la relecture d'IRM de nouveaux nés hospitalisés en réanimation néonatale. Les relectures, organisées dans quatre centres d'expertise, permettent aux médecins de s'appuyer sur une décision collégiale lorsqu'ils décident d'arrêter la réanimation. Ce réseau donnera lieu à une contractualisation avec les hôpitaux de la région Ile-de-France, et une extension à d'autres domaines de la radio-pédiatrie sera envisageable dans un deuxième temps. Par ailleurs, ce réseau permettra de constituer une base de données unique en Europe. Il sera également possible de proposer des formations aux praticiens intéressés. Enfin, des financements ont été obtenus pour articuler ce réseau avec la plateforme d'*e-learning*.

Aujourd'hui, le PACS (réseau d'imagerie) de l'AP-HP est ouvert, sous certaines conditions, au réseau mis en place. La communication avec les établissements par SMN Routeur (réseau d'imagerie pour les échanges hors AP). Des connexions sont également possibles avec des établissements en France et à l'étranger. Le coût de mise en œuvre du projet est faible, et l'existence du PACS de l'AP-HP permet de ne pas recourir à la sous-traitance.

Le Pr Élisabeth DION indique en conclusion qu'il serait souhaitable de mettre au point une structure d'agrément des projets de télémédecine émanants des services de l'AP-HP. Une sous-commission d'agrément pourrait être constituée au sein de la CME.

Le président salue cette dernière idée et propose que la question de la création d'une sous-commission sur le thème de la télémédecine soit discutée le 26 septembre par le bureau de la CME. Il signale ensuite que la télémédecine se développera de manière croissante et devra permettre des économies de moyens.

Le Pr René ADAM se dit enthousiasmé par la présentation, mais signale qu'elle ne correspond pas à la réalité constatée dans les GH, où le transfert d'images est extrêmement problématique

Le Pr Élisabeth DION indique que le PACS AP-HP permet de consulter les examens pendant 48 heures, mais admet qu'il existe des difficultés d'organisation.

Le Pr René ADAM estime qu'il convient de procéder à des aménagements pour mieux valoriser financièrement les deuxièmes avis demandés.

Le Pr Élisabeth DION indique qu'un recensement des activités de deuxième avis sera effectué.

Mme Roselyne VASSEUR s'étonne que les présentations ne fassent pas apparaître la question des coopérations entre professionnels de santé (médecins, manipulateurs, infirmières, etc.) qui peuvent concerner la télémédecine.

Le Pr Élisabeth DION assure que ce sujet est traité par la collégiale, et que des coopérations s'organisent notamment en matière d'accès à l'échographie.

Le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU signale que les pathologistes se sont engagés depuis 20 ans dans la télé-pathologie. Elle fait cependant observer que le temps consacré aux réponses et aux transferts vient s'ajouter au temps médical consacré aux autres activités, et qu'il existe un problème de stockage des données, ce qui nécessite de ne pas négliger les aspects techniques.

Le Dr Agnès CHABOUIS revient sur la question de la valorisation des actes, et indique que l'Assurance Maladie freine toute création de nouveaux actes de télémédecine, même en cas d'accord de la HAS.

Le Dr Nicolas DANTCHEV annonce qu'un consultanat vient de démarrer sur le thème de la télé-psychiatrie.

Le Dr Georges SEBBANE se félicite que les problématiques de la gériatrie soient mentionnées dans la présentation, et estime qu'une réflexion devra être lancée sur la situation des sites extra-muros.

Le Dr Agnès CHABOUIS indique qu'en matière de gériatrie, le projet retenu par l'ARS consiste à mettre en place des téléconsultations entre des services hospitaliers et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en Ile de France.

Le Dr Michel DRU explique qu'en cas de traumatisme crânien, est réalisé, sur le patient dans l'hôpital le plus proche de l'accident, un scanner cérébral sur lequel un neurochirurgien doit donner un avis. Il signale que le système de transmission d'images à la grande garde de neurochirurgie ne fonctionne généralement pas. L'envoi d'images se fait alors par taxi, quand le neurochirurgien ne demande pas à voir le malade qui est alors transporté par le SMUR.

Le Pr Élisabeth DION confirme que des améliorations doivent parfois être apportées.

Le président déclare qu'il a été impressionné par sa visite du centre OPHDIAT à Lariboisière. Il annonce que le centre de télé-imagerie pourrait être installé à l'Hôtel-Dieu. Il évoque ensuite une pratique aujourd'hui courante des jeunes médecins ou des internes qui utilisent leur smartphone pour envoyer des photos « pirates » à un collègue, ce qui pose évidemment un problème de confidentialité et de respect du secret médical.

V. Organisation de la CME pour assurer ses compétences en matière de qualité et de sécurité des soins (QSS), de relations avec les usagers et de développement professionnel continu (DPC)

Le président rappelle que la loi HPST a fixé deux principales missions aux CME : 1. le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement ; 2. la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPCU), le président étant chargé du suivi de cette politique.

Les CAPCU recouvrent :

- l'éthique ;
- les urgences et séjours non programmés ;
- les soins palliatifs ;

- la permanence des soins ;
- l'organisation du parcours de soins.

La QSS comprend :

- les risques liés aux soins (infection, iatrogénicité, etc.) ;
- la vigilance sur la sécurité sanitaire ;
- les médicaments et dispositifs médicaux ;
- la douleur ;
- le développement professionnel continu médical, pharmaceutique, odontologique et maïeutique.

En matière de risques liés aux soins, la CME centrale a mis en place un comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) central et une équipe opérationnelle d'hygiène ; elle a par ailleurs confié au Pr Béatrice CRICKX une mission relative à la qualité et à la sécurité médicamenteuse, et à Mme Catherine MONTAGNIER une mission relative au bon usage. La vigilance sur la sécurité sanitaire est confiée au COVIRIS, géré par la DPM. Les médicaments et dispositifs médicaux relèvent du COMEDIMS, qui va désormais être présidé par le Pr Philippe LECHAT. La prise en charge de la douleur relève du CLUD central. En matière de de développement professionnel continu, la formation continue est rattachée à la direction des ressources humaines et est coordonnée par le Dr Stéphane DAVID et par le Pr Daniel SERENI, tandis que l'évaluation des pratiques professionnelles est rattachée à la DPM. Enfin, la coordination en matière d'alimentation et de nutrition, qui relève du CLAN central, relève de la QSS bien qu'elle ne soit pas inscrite dans la loi.

La circulaire DGOS du 18 novembre 2011 prévoit que soit désigné un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Il sera nommé par le directeur en concertation avec le président de la CME. Ce coordinateur sera en charge de la QSS, excepté pour ce qui relève du développement professionnel continu (DPC).

Au sein de la CME, une sous-commission *Qualité, sécurité et hospitalité* avait été créée en janvier 2012, mais son président (Pr Gérard REACH) et son vice-président (Dr Rémy COUDERC) en ont proposé la dissolution après avoir compris qu'elle ne répondait pas au cadre légal. Le Pr Gérard REACH propose désormais la création d'un groupe de travail *ad hoc* en charge de l'hospitalité, cette dimension n'étant pas prévue par la loi. Par ailleurs, une cellule QSS et CAPCU a été constituée : présidée par le président de la CME, elle associe la CME, la DPM, la DRH, la commission des soins infirmiers (CSI), la direction des soins et activités paramédicales (DSAP), et la direction du service aux patients et de la communication (DSPC). Cette cellule se réunira une fois par mois, et elle organisera régulièrement des présentations en CME.

Le règlement intérieur de la CME fera l'objet d'une révision. La QSS centrale devra être articulée avec les QSS locales, tandis que le travail de la CME devra être articulé avec celui de la CSI et de la DSAP.

Le président signale qu'en confiant la QSS aux CME locales et centrale, la loi leur confère une responsabilité de premier plan et sans égale dans le fonctionnement de l'AP-HP, ainsi qu'un devoir d'intervention en cas d'anomalie mettant en jeu la qualité ou la sécurité des soins.

Le Pr Bertrand GUIDET signale que la certification et l'accréditation sont des moteurs puissants pour lancer une dynamique autour de la QSS.

Le président assure que la certification sera l'une des préoccupations de la cellule QSS et CAPCU. Toutefois, il s'agit en premier lieu d'une responsabilité des GH.

Le Pr Gérard REACH propose de réaliser une présentation sur les objectifs du groupe de travail en charge de l'hospitalité lors d'une prochaine réunion de la CME, et signale qu'il s'agit d'une mission essentielle de l'hôpital. Au-delà des aspects techniques, la CME doit s'investir dans la dimension humaine de l'hôpital.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE fait observer que les CME locales ont les mêmes prérogatives que la CME centrale, et qu'une coordination entre ces instances est indispensable. Il évoque ensuite l'opposition d'un CLIN local à l'installation d'armoires de séchages d'endoscopes dans un hôpital par rapport à celui d'un autre hôpital qui l'avait validé, et déclare que le CLIN central devrait harmoniser les pratiques au sein de l'AP-HP. Enfin, il met en garde contre l'utilisation des CAPCU par certains collègues pour constituer ou manipuler des groupes de pression.

Le président confirme que l'articulation entre la CME centrale et les CME locales est capitale. Il fait ensuite observer que la loi HPST confie un rôle aux associations d'usagers, et qu'il n'est pas possible de passer outre.

Le Pr Christian RICHARD ajoute que le CLIN central est très sensible à la représentation des GH, et en particulier de leurs équipes d'hygiène. Le sujet des endoscopes est à l'ordre du jour de la prochaine réunion du CLIN central.

Le Dr Alain FAYE fait observer que des activités comme l'anesthésie ou la réanimation font l'objet de définitions réglementaires, et que les chirurgiens y voient une occasion d'établir des standards de fonctionnement, en lien avec les différentes collégiales.

VI. Accueil des malades étrangers à l'AP-HP, présentation d'une filière de recrutement avec tarification modifiée

Le président regrette que ce dossier ait été traité comme il l'a été : il a lui-même appris la conclusion d'un contrat relatif à l'accueil des malades étrangers par voie de presse, alors que le sujet engage en profondeur le métier des médecins de l'hôpital public.

Mme Stéphanie DECOOPMAN, adjointe du directeur économique et financier, explique qu'il existe différents cas de prise en charge des patients étrangers non assurés sociaux en France :

- les patients étrangers pris en charge par la caisse d'assurance maladie de leur pays ;
- les patients étrangers pris en charge par un organisme étranger, soit dans le cadre de conventions entre l'AP-HP et des gouvernements étrangers, soit dans le cadre d'accords généraux ou individuels avec des organismes publics ou privés (ambassades, compagnies d'assurance, entreprises privées) ;
- les étrangers individuels (hors conventions, hors organismes) payant eux-mêmes leurs soins ;
- les personnes démunies en situation irrégulière, bénéficiaires de l'AME ou des soins urgents, pris en charge par des crédits d'Etat.

Pour les patients relevant des accords entre la France et d'autres pays, la facturation est faite sur la base du tarif journalier de prestation, auquel s'ajoute le forfait journalier. Pour les patients adressés par des organismes étrangers et les patients individuels, la tarification est réalisée de la même manière, mais des modulations sont possibles en fonction des conventions passées. Pour les patients démunis en situation irrégulière, la tarification a récemment évolué, et se base désormais sur le

Groupe Homogène de Séjour (GHS) ; toutefois, en cas de soins urgents, la tarification peut être faite sur la base du tarif journalier de prestation et du forfait journalier.

Le circuit du patient diffère selon les situations. Pour les patients programmés, le service informe à l'avance les admissions de la venue du patient, et dresse un devis que le patient renvoie signé ; les soins sont payés aux admissions avant l'hospitalisation ; une facturation complémentaire peut avoir lieu après l'hospitalisation. Pour les patients démunis en situation irrégulière, des circuits existent afin d'alerter l'assistante sociale et les admissions.

Mme Stéphanie DECOOPMAN présente enfin un tableau sur les chiffres de l'activité liée aux patients étrangers et sur les recettes comptabilisées. 2 300 séjours de patients étrangers individuels ou pris en charge par un organisme étranger ont été enregistrés en 2010 dans les établissements de l'AP-HP.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE signale qu'en comparaison avec d'autres établissements en France et à l'étranger, l'activité d'accueil de patients internationaux à l'AP-HP reste très modeste. Ces patients représentent moins de 1 % des patients à l'AP-HP, tandis qu'ils représentent 17 % des patients du NY Presbyterian Hospital, et 11 % des patients du Great Osmond Street Hospital. En revanche, l'analyse de quelques actes montre que l'AP-HP (qui pratique les tarifs de la Sécurité Sociale) valorise moins bien son activité médicale que les autres institutions.

Sur la base de ces constats, une nouvelle approche a été proposée. Cette approche privilégie la mise en qualité des flux d'accueil de patients étrangers et leur sécurisation économique, tout en conservant l'ordre de grandeur actuel. L'institution a travaillé à la construction d'une filière structurée sur l'ensemble de l'AP-HP, en lien avec GLOBEMED, acteur faisant office d'intermédiaire entre des structures d'assurances et des hôpitaux. Le dispositif proposé concernerait uniquement des interventions programmées, dans le secteur public, et dans des services volontaires. Il ne serait ouvert qu'en cas de disponibilités : aucun droit de priorité ne serait reconnu aux patients internationaux. Le service hôtelier serait le même que pour les autres patients, mais serait complété par une prestation de transport depuis le point d'arrivée et une prestation de traduction.

Les filières existantes de patients étrangers ne seront pas impactées. L'objectif est de ne provoquer aucune perturbation de l'organisation actuelle de l'hôpital. Ce dispositif permettrait une maîtrise des flux, de la qualité, et de la facturation (notamment via la mise sous contrôle de la facturation dès l'amont et via l'amélioration de la couverture du risque en cas de dégradation ou complications). Il donnerait lieu à une évaluation et à une présentation régulière des résultats, notamment afin de vérifier que certains services ne se spécialisent pas dans cette filière.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit la possibilité pour les établissements de santé de fixer des tarifs spécifiques pour les patients internationaux, et la publication du décret d'application est attendue. L'AP-HP souhaite repositionner ses tarifs afin :

- d'être plus juste économiquement vis-à-vis des patients « payants », notamment en facturant les molécules onéreuses et les DMI ;

- de trouver un équilibre entre le niveau de tarification actuel et les tarifs pratiqués dans les structures hospitalières.

Une majoration de 30 % des tarifs est envisagée. Cela nécessite de formaliser le circuit du patient, d'élaborer un circuit de facturation, et de déterminer un processus de recouvrement des sommes dues au titre du séjour des patients internationaux. L'instruction du projet, le suivi du dispositif et son évaluation sont à coordonner avec la CME. Des questions techniques sont également à traiter

avec les directions concernées et avec la trésorerie générale. Le projet devra enfin faire l'objet d'une co-construction avec les hôpitaux et les professionnels impliqués dans la démarche.

Plus généralement, l'AP-HP souhaite renforcer son positionnement à l'international afin de valoriser pleinement le haut niveau de compétences qu'elle possède, que ce soit dans les domaines du soin, de la recherche, de la formation, et plus largement de l'ensemble des savoir-faire hospitaliers. L'ensemble des actions contribuant au rayonnement médical et technique de l'AP-HP à l'international doivent donc être soutenues. La direction générale de l'AP-HP souhaite poursuivre et soutenir l'ensemble des démarches déjà engagées, que ce soit dans le domaine de l'accueil des professionnels étrangers, de la valorisation de la recherche clinique, de la coopération internationale hospitalo-universitaire, ou de la formation.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande combien percevra l'assureur, et s'il est envisagé que l'AP-HP exporte des hôpitaux à l'étranger, comme le fait la NHS, et à l'image de ce que font les musées.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE indique qu'il apportera une réponse sur la rémunération de l'assureur ultérieurement. Il explique ensuite que l'AP-HP a été sollicitée à de nombreuses reprises pour des projets de construction d'hôpitaux à l'étranger, mais que l'institution n'a ni stratégie dans ce domaine, ni financements pour les mener à bien.

Le Dr Georges SEBBANE revient sur les conventions conclues entre l'AP-HP et des gouvernements étrangers, et demande quelles sont les pertes enregistrées au titre de ces conventions.

Mme Stéphanie DECOOPMAN n'est pas en mesure de répondre précisément, mais signale que la principale difficulté dans ce domaine concerne la Caisse Nationale d'Assurance Maladie algérienne, avec laquelle le litige s'élève à environ 15 millions d'euros. L'une des difficultés provient du fait que la CNAM algérienne demande qu'un compte rendu d'hospitalisation soit attaché à la facture, mais les discussions progressent.

Le président signale que les dettes non recouvrées s'élèvent chaque année à plusieurs dizaines de millions d'euros.

Mme Stéphanie DECOOPMAN le confirme, mais indique que les résultats de l'AP-HP présentés chaque année en tiennent compte et qu'ils sont comptabilisés budgétairement même si cela demeure un vrai sujet de trésorerie.

Le Pr CARBONNE estime choquant que des patients venant se faire soigner à titre individuel à l'AP-HP, payant les factures sur leurs propres fonds et acquittant les tarifs les plus élevés se voient appliquer un tarif supérieur de 30 % au tarif appliqué aux autres patients.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE répond que l'AP-HP doit remettre à niveau ses tarifs tout en opérant une distinction entre les patients en fonction de leurs revenus.

Le Dr Julie PELTIER fait observer que des patients acquittant un tarif majoré auront des exigences supplémentaires, et que les équipes médicales n'auront ni les moyens, ni l'envie d'y répondre.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE répond qu'il a été inscrit dans la convention que le service fourni aux patients étrangers serait le même que celui offert aux autres patients. Il ajoute que les patients sont avant tout intéressés par la qualité des équipes médicales.

Le Pr Bernard GRANGER critique le fait que l'AP-HP dépense des millions d'euros en frais d'agence de communication et que le projet discuté ait malgré cela été présenté par la presse de façon désastreuse pour l'image de l'AP-HP comme un dispositif visant à « faire payer » des patients internationaux fortunés pour renflouer le déficit du CHU francilien. Il ajoute que la discussion ne porte pas sur un projet, mais sur un contrat qui a déjà été signé. Le Pr Bernard GRANGER souhaite enfin savoir si le dispositif concerne uniquement l'activité publique, ou s'il concerne aussi l'activité libérale.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE confirme qu'il est bien prévu que le projet porte sur l'activité publique de l'AP-HP exclusivement, et non sur l'activité libérale.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, ajoute que le dispositif a été conçu pour le secteur public. S'il apparaissait nécessaire de l'étendre à l'activité libérale, une évolution serait possible, mais il ne s'agit pas de la proposition actuelle. Par ailleurs, si le contrat avec l'assureur a bien été signé, il n'est pas encore mis en œuvre, de nombreux travaux préalables s'avérant nécessaires, y compris la parution du décret d'application de la loi de financement de la Sécurité Sociale.

Le Pr Bernard GRANGER demande si le contrat prévoit que les patients puissent choisir le praticien auquel ils souhaitent faire appel. Il signale qu'il lui a été indiqué que le contrat pourrait s'appliquer à l'activité libérale, et regrette que les clauses du contrat soient confidentielles.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE répond que le contrat précise que les patients peuvent exprimer le souhait d'être soignés dans des services particuliers. Il ajoute que l'intérêt de GLOBEMED est de contracter avec l'AP-HP, et que le contrat est foncièrement institutionnel.

Le Pr Thierry BÉGUÉ se déclare favorable aux efforts effectués pour améliorer la position de l'AP-HP face à la concurrence. Il demande cependant quelles seront les retombées du dispositif dans les services, notamment en termes d'équipement et de dotations, puis s'étonne que la présentation ne fasse pas état des difficultés linguistiques qui se poseront, en particulier pour le personnel non-médical.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE fait observer que la question linguistique se pose déjà au sein de l'AP-HP. Pour les patients ciblés par le dispositif, le service de traduction proposé devrait répondre aux principaux besoins. La question des retombées pour les services n'a pas été tranchée.

Le Dr Andoni URTIZBEREA signale que, dans le domaine des maladies rares où l'AP-HP excelle, les examens génétiques à visée diagnostique représentent une source potentielle de recettes supplémentaires, notamment de la part de nombreux pays du Moyen-Orient. Mais pour cela, il faudrait une meilleure organisation tant du circuit des demandes que de la tarification.

Le Dr Anne GERVAIS n'estime pas choquant d'appliquer des tarifs plus élevés à des patients ne payant pas d'impôts pour financer la formation des médecins ou les autres services offerts par la collectivité. Cependant, elle met en avant le risque de constitution d'une activité hospitalière distincte au sein des hôpitaux publics. Cette activité, si elle entraine des retombées positives pour les services ou les médecins, entrainera la constitution d'un système à deux vitesses. Il serait intolérable que les patients soient traités différemment en fonction de leur couverture sociale (Axa Liban ou sécu). Enfin, elle juge indispensable que les termes du contrat soient communiqués à la CME. Elle émet des doute sur la capacité d'une commission à contrôler cette activité, vu les faibles performances des commissions de contrôle de l'activité libérale dans les GH alors même que dans ce dernier cas très peu de médecins sont concernés.

.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE assure qu'un cadre sera défini pour éviter les dérives.

Le Dr Alain FAYE s'étonne qu'un contrat s'appuyant sur la vente de savoir-faire médical ait été conclu sans concertation. Si une concertation avait été menée, il aurait été indiqué qu'il n'était pas possible de proposer une tarification basée sur une durée moyenne de séjour escomptée, alors que de nombreuses complications peuvent apparaître et prolonger la durée des séjours. Par ailleurs, il conviendra de préciser que les patients étrangers relèvent du droit français de la responsabilité médicale, et non du droit de leur pays d'origine. Enfin, en réponse aux remarques formulées par le Dr Anne GERVAIS, le Dr Alain FAYE fait observer que, pour que l'AP-HP puisse continuer à soigner les plus démunis, elle devra soigner et faire payer les plus aisés.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE indique que la couverture assurantielle en cas de complication sera bien meilleure que dans le cadre de nombreux cas individuels qui se posent actuellement.

Le Dr Vincent JARLIER signale que l'hospitalisation de patients venant de l'étranger nécessite de prendre en compte l'hygiène hospitalière, et qu'il pourrait être pertinent d'étendre les recommandations qui existent en matière en rapatriement afin de traiter le risque de diffusion de bactéries multi-résistantes.

Le Dr Patrick DASSIER obtient la confirmation que les patients étrangers venant dans ce cadre ne seront pas prioritaires dans la prise en charge.

Le Pr Paul LEGMANN demande pourquoi tous les patients qui ne sont pas couverts par les assurances nationales ne se voient pas appliquer la même tarification.

Mme Stéphanie DECOOPMAN indique qu'un tel dispositif n'est pas envisageable, notamment en raison des dispositions de la loi HPST qui nécessitent un décret d'application. En outre, afin d'éviter les débats sur la solvabilité des patients et l'accès aux soins, il est dans l'intérêt de l'AP-HP d'avoir des filières clairement conventionnées.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, propose de déterminer quelle sous-commission de la CME se chargera de suivre la mise en œuvre du dispositif présenté.

Le président indique qu'il confie cette mission à la sous-commission *Finances et investissements*, présidée par le Dr Anne GERVAIS.

VII. Projet de baromètre social AP-HP

M. Christian POIMBOEUF invite les membres de la CME à se référer au document mis en ligne sur le site, et signale que la ministre de la Santé a récemment déclaré qu'elle souhaitait que soient développées régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès du personnel. Des représentants de la CME, de la Commission des Soins et des organisations syndicales ont été étroitement associés aux travaux de préparation du baromètre social. L'objectif est d'interroger, à intervalles réguliers, l'ensemble du personnel de l'AP-HP. Un certain nombre de questions reviendront à chaque enquête, afin qu'il soit possible de mesurer l'évolution des réponses dans le temps. Les thèmes retenus par le groupe de travail pluridisciplinaire sont les suivants :

- accueil et intégration des personnels ;
- organisation du travail ;
- management ;
- communication, information ;
- travail d'équipe : climat et ambiance au travail ;

- formation, évolution professionnelle ;
- conditions de travail, sécurité, prévention des risques professionnels ;
- politique sociale ;
- diversité ;
- qualité de service.

Le prestataire choisi pour réaliser l'enquête sera probablement un institut de sondage. Les résultats seront partagés dans des conditions qui n'ont pas encore été déterminées. La réussite d'une telle enquête passe par la participation des personnels. L'enquête sera disponible à la fois en format papier et en format électronique.

Le président signale que les médecins seront également interrogés dans le cadre de l'enquête. Il demande ensuite si les résultats seront compilés et interprétés par un analyste indépendant.

M. Christian POIMBOEUF répond que le cahier des charges comprend des conditions très précises en matière d'anonymisation des réponses et de traitement de l'information.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande quel sera le coût de l'enquête.

M. Christian POIMBOEUF indique que le coût d'une telle enquête oscille entre 150 000 euros et 400 000 euros, en fonction du degré de sophistication. A titre personnel, il estime inutile d'établir d'emblée des critères trop fins qui rendent l'interprétation compliquée. Il estime que la version d'enquête choisie devrait représenter un coût d'environ 200 000 euros.

Le Pr Bertrand GUIDET signale que les Commissions de la vie hospitalière mises en place dans certains GH devront être associées à l'enquête afin que ce travail soit représentatif.

Le président confirme qu'à l'échelon de la CME centrale c'est bien ce qui a été fait, puisque la sous-commission *Vie hospitalière* a été largement associée à la réflexion.

Le Dr Julie PELTIER précise que les GH vont s'associer à cette démarche.

Le Dr Nicolas DANTCHEV demande quel sera le niveau de comparaison (GH, pôles, spécialités, etc.).

M. Christian POIMBOEUF répond que cette question sera débattue en lien avec les représentants des personnels non-médicaux, et assure que le baromètre n'a pas pour objet de mettre les structures en difficulté. Enfin, il indique que l'enquête devrait pouvoir être menée au printemps 2013.

VIII. Organisation et calendrier de la révision 2013 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) à l'AP-HP

Le président signale que l'enjeu de ce point est le recrutement des PH, dont dépend l'avenir des hôpitaux et des spécialités**.**

M. Jérôme HUBIN rappelle que la révision des effectifs vise à :

- organiser la promotion des jeunes médecins ;
- dégager une capacité de redistribution d'emplois de PH entre spécialités et hôpitaux ;
- décliner au niveau des RH les priorités définies aux niveaux institutionnel, des GH et des pôles ;
- dégager une capacité de redistribution d'emplois de PH entre spécialités et hôpitaux ;
- participer à l'effort d'économies en rendant les emplois vacants.

La méthode consiste à passer en revue toutes les demandes de maintien et de création de postes, ainsi que tous les postes vacants. Toutes les demandes des GH ont déjà été reçues par la DPM. En septembre et en octobre seront organisées des rencontres entre la DPM et les présidents de collégiales. Par la suite, le calendrier sera le suivant :

- analyse des demandes par le groupe restreint de la CME, et classement de ces demandes en trois catégories (« A » (soutien), « B » (à revoir) et « C » (rejet) : octobre-novembre ;
- validation des demandes classées « A » par la CME : novembre ;
- validation des demandes classées « C » par la CME : décembre ;
- ultime vérification des gages budgétaires : janvier 2013 ;
- décision de la direction générale : début février 2013 ;
- publication des postes : avril 2013 (1er tour de recrutement) ;
- nomination des PH : juillet 2013.

Le cadrage budgétaire n'a pas encore été arrêté. En tout état de cause, la contrainte économique ne doit pas être trop forte, sous peine de mettre les activités, les services et la promotion des jeunes en situation de risque. Les facteurs déterminants qui alimenteront la réflexion sur le cadrage budgétaire seront le volume de la masse salariale remise en jeu par le biais des demandes de maintien de postes, le volume des demandes de création de postes insuffisamment financées, et les autres économies réalisées sur la masse salariale du personnel médical dont l'indemnisation de la permanence des soins.

L'examen des demandes tiendra compte de la situation des GH en matière de dépenses de personnel médical et de réalisation d'objectifs, mais également des objectifs de redistribution (par spécialité ou géographie) qui seront fixés par les collégiales et la CME. S'agissant de l'examen des candidatures, les critères sont les suivants :

- la qualité de la candidature ;
- le classement du candidat par la collégiale ;
- le classement de la demande de poste par le GH ;
- les modalités de financement ;
- l'évolution des effectifs médicaux dans le service demandeur ;
- l'évolution de l'activité.

Les décisions pouvant être prises à l'issue de la révision des effectifs sont soit l'acceptation de la demande en l'état – avec possibilité d'imposer une taxe au service ou au GH – soit le refus – ce refus pouvant éventuellement s'accompagner d'une aide pour recruter un PHC ou un attaché.

Le président prévient les membres de la CME qu'ils feront l'objet de nombreuses sollicitations dans le cadre de cette procédure. Il les invite donc à surveiller leur communication sur le sujet, et revient sur la distinction entre création et maintien de poste. En principe, en cas de promotion d'un PH en PU-PH, le poste de PH n'est pas maintenu. La création de poste peut se faire soit par redéploiement institutionnel suite au non-maintien d'un poste, soit par autofinancement par le pôle. Aujourd'hui, pour qu'un pôle puisse financer un poste de PH à temps plein, il doit être en mesure d'aligner 22 demi-journées. Auparavant, les décisions relatives aux maintiens et à la création de postes étaient prises en 2 étapes : désormais, toutes les décisions sont prises en même temps.

Le président invite les membres souhaitant participer au processus à participer aux réunions joignant le bureau et la sous-commission *Temps et effectifs médicaux*. Les décisions seront prises par la CME le 13 décembre.

Le Pr Ariane MALLAT estime qu'il aurait été souhaitable que l'audition des présidents de CME locales ait lieu avant la réunion du groupe restreint, afin que ce groupe dispose d'une vision globale de la stratégie des GH. Elle demande ensuite quelle sera la composition du groupe restreint.

Le président répond qu'il existe un système d'emprunt de postes garantis par la CME. Il indique ensuite que la composition du groupe restreint n'est pas été arrêtée, puis rappelle que si la loi ne prévoit plus de recueillir l'avis de la CME sur les recrutements de médecin, la direction générale souhaite toujours obtenir cet avis afin de pouvoir en tenir compte. Par ailleurs, le président insiste sur le rôle de la CME qui doit faire primer la logique médicale sur la logique comptable.

Le Pr Thierry BÉGUÉ précise que l'audition des présidents de CMEL par la CTEM ne doit pas s'entendre, cette année, dans le cadre de la révision des effectifs de PH 2013, mais dans le cadre plus général de la connaissance des visions pluri-annuelles de chaque GH.

Le Dr Alain FAYE signale que, pour les spécialités chirurgicales, la concertation se fait au sein du syndicat des chirurgiens.

Le président assure que le fonctionnement spécifique des spécialités chirurgicales est bien pris en compte.

Le Pr Gilles ORLIAGUET rappelle que, lors de la précédente révision des effectifs, une soixantaine de postes de PH ont été « démonétisés ». A l'époque, il avait été indiqué que ces postes seraient refinancés si des candidats susceptibles de les occuper se présenter.

Le président assure que cet engagement est toujours valable.

Le Pr Gilles ORLIAGUET demande si la démonétisation de postes se poursuivra à l'occasion de la nouvelle révision des effectifs.

Le président fait observer que le processus permet de conserver les postes tout en réalisant des économies substantielles.

Le Pr Philippe ARNAUD demande que la présentation soit modifiée afin de ne pas mentionner seulement les jeunes médecins, mais aussi les pharmaciens.

Le Pr Thierry BÉGUÉ signale que le nombre de structures susceptibles de disposer des demi-journées nécessaires à la création de postes de PH est en baisse, et appelle de ses vœux le lancement d'une réflexion sur les postes susceptibles d'être proposés en sortie d'internat.

IX. Questions diverses

La secrétaire générale, Mme Monique RICOMES, indique que la première année de la mise en place des pôles sera marquée par l'organisation d'un séminaire d'une demi-journée. Le comité de suivi des pôles se réunira le 19 septembre, et une réunion sera organisée avec la conférence des chefs de pôle afin de prendre son avis sur les thèmes à traiter au cours du séminaire.

Le Pr Paul LEGMANN demande qu'un point soit fait sur les contrats annuels de gestion.

La secrétaire générale, Mme Monique RICOMES, s'engage à faire un point sur le sujet après avoir consulté les directeurs de GH.

La séance est levée à 13 heures 05.

*

* *

La prochaine réunion de la commission médicale d'établissement est fixée au :

mardi 9 octobre 2012 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 26 septembre 2012 à 16 heures 30